



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina -
Universidad Nacional de Colombia

Gómez-Acosta, César A.

Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable*

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 2, Marzo-Abril, 2018, pp. 155-162

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

DOI: 10.15446/rsap.V20n2.50676

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42258471002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Factores psicológicos predictores de estilos* de vida saludable

Psychological factors predictive of healthy lifestyles

César A. Gómez-Acosta

Recibido 17 mayo 2015 / Enviado para modificación 16 marzo 2016 / Aceptado 12 octubre 2017

RESUMEN

Objetivo Presentar un modelo estadístico robusto que considere algunos factores psicológicos como predictores del estilo de vida saludable.

Materiales y Métodos Se aplicó una batería compuesta por instrumentos validados para evaluar creencias y prácticas saludables, estilos de afrontamiento, salud mental positiva y autoeficacia percibida en una muestra de 570 estudiantes universitarios de Bogotá, Colombia. Con la información obtenida se desarrollaron análisis descriptivos, de varianza y correlacionales, así como un modelo de ecuaciones estructurales.

Resultados Se identificaron altos puntajes en los factores psicológicos óptimos, en las creencias y en las prácticas saludables en la muestra, excepto para el ítem de práctica de actividad física, y en los factores de afrontamiento menos adaptativos. Así mismo, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables medidas, y correlaciones importantes entre los factores psicológicos adaptativos con las prácticas y creencias saludables indagadas. Por último, el modelo de ecuaciones estructurales que mostró mayor ajuste predice en un 89% la varianza de la salud mental positiva a partir de la interacción entre las variables afrontamiento dirigido al problema, satisfacción general, actitud pro social, habilidades sociales y autoeficacia; a su vez, la presencia de salud mental positiva, en interacción con las creencias saludables predice con un 63% la ocurrencia de estilos de vida saludables.

Conclusión Aun cuando el modelo no es concluyente, puede brindar soporte empírico a las posibles intervenciones en salud a implementar en las instituciones de educación superior, basadas en el fortalecimiento de los factores psicológicos predictores.

Palabras Clave: Adaptación psicológica; autoeficacia; factores protectores; estilo de vida saludable (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To present a robust statistical model that considers some psychological factors as predictors of healthy lifestyle.

Materials and Methods A battery composed of validated instruments was applied to evaluate beliefs, healthy practices, coping styles, positive mental health and perceived self-efficacy in a sample of 570 university students from Bogotá, Colombia. Based on the information obtained, descriptive, variance and correlation analyzes were developed, as well as a structural equations model.

Results High scores were obtained in the categories 'optimal psychological factors', 'beliefs and healthy practices', except for the 'physical activity practice' and 'less adaptive coping factors' categories. Likewise, significant differences were found in most of the variables measured, as well as important correlations between adaptive psychological factors and healthy practices and beliefs. Finally, the structural equations model that showed the greatest adjustment predicts by 89% the variance of positive mental health based on the interaction between the variables 'coping directed to the problem',

CG: Psc. M. Sc. Psicología. Ph. D. (c) Psicología.
Facultad de Psicología, Fundación Universitaria
Sanitas. Bogotá, Colombia.
cesagomez@unisantas.edu.co

* Este artículo es resultado de la investigación titulada "Afrontamiento, autoeficacia y salud mental positiva relacionadas con estilos de vida saludable en población universitaria" financiada por la Fundación Universitaria Sanitas y apoyada por el grupo de investigación "Psychology and Health Sanitas".

'general satisfaction', 'pro social attitude', 'social skills' and 'self-efficacy'. In turn, the presence of positive mental health, when interacting with healthy beliefs, predicts the occurrence of healthy lifestyles by 63%.

Conclusion Even when the model is not conclusive, it can provide empirical support to possible health interventions to be implemented in higher education institutions, based on the strengthening of psychological predictive factors.

Key Words: Adaptation (psychological); self-efficacy; protective factors; healthy lifestyle (*source: MeSH; NLM*).

Desde una mirada salutogénica, los factores protectores psicológicos aparecen como parte de las características personales que reducen el riesgo de sentirse comprometido en una situación que ponga en peligro la salud e integridad del sujeto. La mayoría de investigaciones que vinculan la psicología al área de la salud se centran en la resolución de problemas que comprometen principalmente los pensamientos y las emociones desde una postura patogénica (1). No obstante, existen aproximaciones que vinculan la presencia de factores psicológicos positivos con el mejoramiento de la salud somática. Al respecto se comentan algunos que han tenido especial relevancia en el campo.

Los estilos de afrontamiento corresponden a tendencias personales de adaptación psicológica para hacer frente a las demandas del complejo ecológico y social (2), cuyas formas orientadas al problema (3) y a la búsqueda de soporte social (4) se asocian con un óptimo estado de salud. En contraste, se identifican correlaciones positivas entre formas de afrontamiento como la evitación (5,6) con compromisos en la salud de los sujetos.

Por su parte, la autoeficacia corresponde a la valoración que hace el sujeto sobre propia capacidad para manejar situaciones cotidianas que le exigen desempeñarse adecuadamente (7). Es una dimensión que explica la intención de comportamientos saludables en modelos procesuales como del Health Action Process Approach (HAPA) (8). Adicionalmente, el fortalecimiento de la autoeficacia ha sido asociado con la prevención de la enfermedad cardiovascular (9), el funcionamiento del sistema inmunológico (10), y el manejo del dolor (11).

La salud mental positiva, a su vez, corresponde a un constructo compuesto por seis dimensiones que han mostrado tener repercusiones importantes en el estado de salud y bienestar de las personas, las cuales son satisfacción personal, conducta prosocial y el autocontrol, autonomía, resolución de problemas – actualización y habilidades sociales (12-17).

Así mismo, las creencias en salud se encuentran entre los referentes más citados por la literatura científica en relación con el cambio comportamental (18). Hacen alusión a la percepción de vulnerabilidad ante un acontecimiento nocivo como una enfermedad, y a la valoración otorgada tanto a las prácticas saludables/ de riesgo. Recientemente

se reporta la importancia de considerarlas como parte del abordaje preventivo y terapéutico, por ejemplo, ante el dolor crónico (17), los trastornos de conducta alimentaria TCA (19), y la higiene del sueño (20).

Por otro lado, los estilos de vida son concebidos como un conjunto de conductas consistentes en el tiempo, que determinan el proceso de salud-enfermedad en combinación con la vulnerabilidad biológica, la edad, el sexo, la reactividad psicofisiológica y las redes de apoyo. Dicho concepto abarca comportamientos complejos como la actividad física, el uso adecuado del tiempo libre, la alimentación saludable y el autocuidado médico (21,22), el no consumo de sustancias psicoactivas (23), y el sueño recuperador (20,24).

Con relación a los referentes conceptuales y empíricos citados cabe destacar dos aspectos: el primero es que la medición de los factores psicológicos protectores señalados se ha hecho conforme a las condiciones socio-culturales donde se desenvuelven las personas, al rango de edad asumido por los autores de los estudios, y frente a diferentes conductas en salud-enfermedad, sin integrar todo el espectro de estilos de vida saludables, por lo que las investigaciones no son comparables entre sí. Por otra parte, existen pocos modelos que muestren relaciones de interdependencia entre los factores psicológicos protectores predictores con los hábitos saludables, lo cual dificulta la operacionalización de los programas de promoción y prevención basados en modelos conceptuales robustos.

En ese orden, este trabajo plantea como hipótesis de trabajo que la presencia de los factores psicológicos estilos de afrontamiento, autoeficacia, salud mental positiva y creencias saludables, en interacción, pueden predecir la ocurrencia de estilos de vida saludable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población y muestra

Se empleó un muestreo intencional polietápico cuyo tamaño (570 participantes) superó el indicado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% para el universo compuesto por los estudiantes matriculados a la fecha de aplicación (376 personas). Se aplicó el estudio con 417 mujeres y 143 hombres provenientes de carreras de ciencias de la salud (psicología, enfermería, medicina,

fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional y odontología), de cinco universidades de Bogotá, mayores de 18 años de edad, de ambas jornadas (diurna-nocturna) y diferentes semestres cursados.

Instrumentos

- Inventario de Salud Mental Positiva. Validado para Colombia por Londoño (25). Consta de 39 ítems distribuidos en los seis factores mencionados, con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas, que van desde muy frecuente hasta nunca. La calificación está dada por el promedio de los puntajes obtenidos en cada factor, y una suma total de los mismos ($\text{Alfa} = 0.87$).
- Cuestionario de formas de afrontamiento. Validado para Colombia por Vélez y Rueda (26). Consta de 42 ítems que identifican el estilo empleado para adaptarse psicológicamente a eventos estresantes; al responderlo, los participantes eligen una de las cuatro opciones, y su calificación se obtiene del promedio correspondiente a cada estilo ($\text{Alfa} = 0.70$). En este estudio solo se tomaron los puntajes de las dimensiones “centrado en la solución de problemas”, “búsqueda de soporte social” y “evitación”.
- Escala general de Autoeficacia (27). Validado para Latinoamérica por Cid, Orellana y Barriga, mide la percepción del sujeto sobre su capacidad para desempeñarse adecuadamente ante diferentes situaciones demandantes. Consta de 10 ítems, y la calificación implica la sumatoria de los puntajes ($\text{Alfa} = 0.84$).
- Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida (28). Construido en Colombia por Arrivillaga, Salazar y Gómez, está conformado por 116 ítems con cuatro opciones de respuesta para medir las dimensiones actividad física, recreación y uso del tiempo libre, autocuidado médico, comportamiento alimentario, consumo de sustancias psicoactivas, y sueño. En su puntuación se suman los puntajes de creencias y prácticas de cada factor mencionado ($\text{Alfa} = 0.87$).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo y multivariado con el paquete estadístico SPSS versión 24[®] y se utilizó el aplicativo AMOS del propio software, para determinar el comportamiento del modelo ajustado a las posibilidades teóricas (29).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Organización Sanitas Internacional, y contó con la aprobación de los referentes que avalaron la obtención de datos en cada institución, constatada en los respectivos asentimientos.

Por su parte, los participantes fueron informados de los detalles del estudio y firmaron el consentimiento respectivo, en consonancia con las consideraciones éticas vigentes en Colombia para investigaciones de este tipo (Ley 1090 de 2006, Resolución 8430 de 1993). Se menciona además que se elaboró y entregó un informe particularizado para cada institución participante.

RESULTADOS

Se presenta la información descriptiva de los participantes (Tabla 1), las variables medidas (Tabla 2) seguido de los análisis de comparación de medias (Tabla 3) y la matriz de correlación (Tabla 4), para finalizar con el modelo de ecuaciones estructurales resultante (Figura 1).

Tabla 1. Características generales de los participantes de la muestra

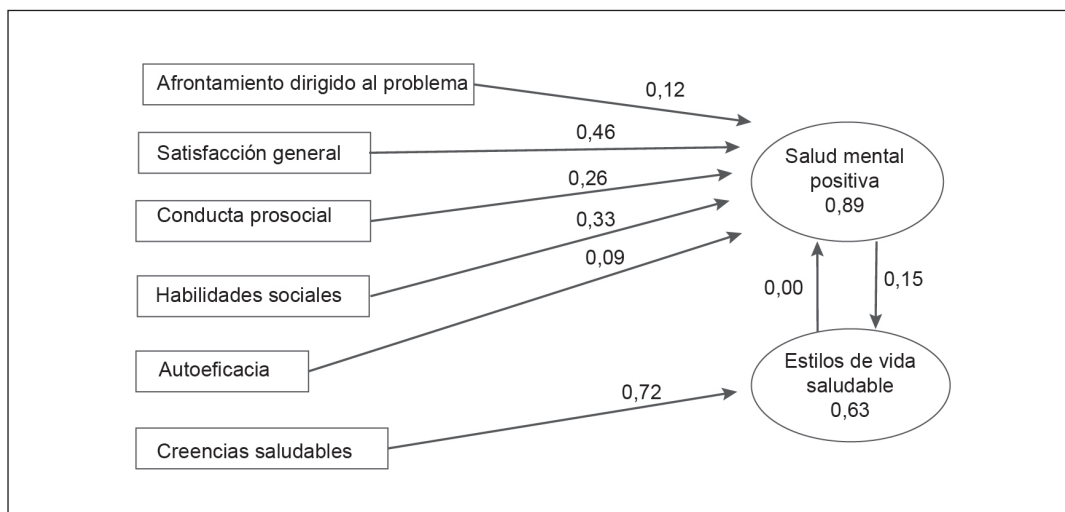
Item	f	%	Semestre	f	%
Cooperativa	201	35,3	1	126	22,1
Iberoamericana	112	19,6	2	31	5,4
Unisanitas	63	11,1	3	61	10,7
Libertadores	86	15,1	4	55	9,6
Nacional	107	18,8	5	58	10,2
NR	1	0,2	6	27	4,7
Edad	f	%			
18-20	227	39,8	7	43	7,5
21-25	223	39,1	8	35	6,1
26-30	74	13	9	16	2,8
31 o mas	22	5,5	10	27	4,7
NR	14	2,5			

Contrastando los descriptivos reportados por hombres y mujeres frente a prácticas y creencias saludables (Tabla 2), la actividad física se pondera positivamente, pero dicha valoración no corresponde con la práctica de la misma; situación similar se puede identificar en la dimensión de autocuidado médico. Mientras, en las demás dimensiones se encuentra relativa correspondencia entre las creencias y las prácticas reportadas, y refieren en general un estilo de vida saludable (21).

Asimismo, con relación a la salud mental positiva se encuentra que los participantes reportan un nivel medio-alto (12). En cuanto a sus componentes, se identifican niveles altos en satisfacción general, actitud prosocial, autonomía y en habilidades sociales, mientras se hallan tendencias medias en autonomía y solución de problemas – actualización.

Por otra parte, los participantes refieren niveles medio-altos de autoeficacia general, y al observar los puntajes de cada uno de los estilos de afrontamiento, no se observa una tendencia clara, registrando niveles medios en todos, excepto en el afrontamiento dirigido al problema, el cual se establece en un nivel medio-alto.

Como muestra la Tabla 3, existen diferencias significativas en cuanto a las prácticas de deporte y tiempo libre, y

Figura 1. Modelo de factores psicológicos protectores de estilos de vida saludables en estudiantes universitarios de ciencias de la salud

Chi-square = 9,558; Degrees of freedom = 5; Probability level = 0,08; Índice de bondad de ajuste CFI = .998; Error de aproximación cuadrático medio RMSEA = .04; Razón Chi Cuadrado/ GL = 1.91

Tabla 2. Distribución de frecuencias para los factores psicológicos medidos, creencias y prácticas saludables

Factores medidos	Mínimo	Máximo	Media	D. S.
Satisfacción general	13	32	27,2	3,8
Actitud pro social	7	20	16,5	2,2
Autocontrol	6	20	14,2	2,7
Autonomía	5	20	14,0	2,2
Solución de problemas	15	32	24,6	3,3
Hab. Sociales	9	28	22,0	3,5
Salud mental positiva	70	145	118,8	13,1
Autoeficacia	11	40	33,2	4,4
Estilos de Afrontamiento				
Dirigido al problema	18	60	40,9	6,4
Búsqueda de soporte social	6	24	15,8	3,4
Evitación	10	35	21,0	4,5
Práctica activ. física	6	22	11,6	3,0
Práctica tiempo libre	6	20	13,4	2,4
Práctica autocuidado	43	82	61,8	7,5
Prác. alim saludable	23	62	45,4	6,4
Práct. No consumo de SPA	16	40	32,9	4,7
Práct. higiene del sueño	14	40	26,1	3,9
Creencias Act. física	6	20	16,8	2,4
Creencias T. libre	6	16	13,6	1,9
Creencias autocuidado	25	51	41,5	4,4
Creencias alim. saludable	12	28	23,1	3,0
Creencias no consumo de SPA	19	43	32,8	4,7
Creencias sueño-vigilia	11	28	19,6	2,8
Sumatoria de estilos de vida saludable	245	411	339,2	25,2

Tabla 3. Comparación de medias obtenidas entre creencias-prácticas saludables y factores psicosociales obtenidos

Anova por edad	F	Sig.	T-Student por sexo	F	Sig.
Práctica tiempo libre	2,495	0,03	Práctica Act. física	4,499	0,012
Práctica sueño-vigilia	2,234	0,05	Práctica tiempo libre	7,48	0,001
Anova por semestre cursado			Práctica alimentación	5,733	0,003
Creencias drogas	2,144	0,02	Prácticas consumo drogas	13,141	0
Creencias global	2,462	0	Creencias autocuidado	3,777	0,023
Actitud pro social	2,09	0,02	Creencias drogas	13,435	0
Solución de problemas	2,251	0,01	Creencias saludables global	3,657	0,026
Habilidades sociales	3,751	0	Estilo de vida saludable	3,738	0,024
Salud mental positiva	2,558	0	Habilidades sociales	15,394	0
Autoeficacia	2,583	0	Salud mental positiva	3,129	0,045
Búsqueda soporte social	2,375	0,01	Evitación	8,08	0
			Autocuidado	3,311	0,037

las creencias frente al sueño; un panorama similar se ubica en la comparación por semestre, donde no hubo diferencias en la práctica efectiva de conductas saludables, pero si se hallaron diferencias en creencias hacia las drogas, y en los factores de actitud prosocial, solución de problemas, habilidades sociales, salud mental positiva, autoeficacia y búsqueda de soporte social. En cuanto a la comparación por sexo se identificaron diferencias en algunos tipos de

prácticas y creencias, aunque hubo muchas más coincidencias en los puntajes de los factores psicológicos.

De acuerdo con la división por estratos socioeconómicos, se identifican diferencias significativas en las prácticas deportivas y autocuidado, así como en búsqueda de soporte social. Por último, se observa que hay diferencias únicamente en las prácticas dirigidas al aprovechamiento del tiempo libre y de la higiene del sueño en función a la edad

Tabla 4. Matriz de correlaciones entre factores psicológicos y hábitos saludables

	Satisfacción general	Actitud prosocial	Autocontrol	Solución de problemas	Hab. sociales	Salud mental positiva	Autoeficacia	Afrontan el problema	Evitación
Práctica tiempo libre								,217**	
Práctica autocuidado	,282**	,235**	,249**	,232**	,306**	,237**	,238**		
Práctica alimenta. saludable									-,231**
Prácticas consumo drogas		,203**			,233**	,215**			
Creencias Act. física		,288**		,216**		,235**			
Creencias del tiempo libre	,305**	,310**		,246**	,214**	,307**			
Creencias autocuidado	,304**	,341**	,202**	,268**	,282**	,370**	,243**		-,255**
Creencias Alim. saludable	,209**					,242**			
Creencias drogas		,235**				,206**			-,302**
Prácticas global	,249**	,285**	,223**	,255**	,297**	,346**	,243**		
Creencias global	,336**	,391**	,199**	,295**	,288**	,396**	,225**		-,290**
Estilo de vida saludable	,338**	,388**	,253**	,321**	,346**	,434**	,276**	,202**	-,249**

** Significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

Observando la Tabla 4, se destacan las correlaciones positivas entre salud mental positiva, autoeficacia, afrontamiento orientado al problema con las prácticas y las creencias saludables. Como se esperaba, la evitación correlacionó negativamente con dichas dimensiones.

Por último, se evidencia en el modelo resultante los factores psicosociales protectores que en interacción explican la varianza de la salud mental positiva en un 89% (Figura 1). Esta última, en conjunto con las creencias saludables, predice la ocurrencia de los estilos de vida saludables en un 63%, indicador adecuado en el abordaje de variables psicosociales complejas (29). Los indicadores de ajuste y verosimilitud del modelo son óptimos (p valor aceptable, índice de bondad de ajuste CFI=>0,95; error de aproximación cuadrático medio RMSEA <0,06; razón de Chi-cuadrado/grados de libertad <2), de acuerdo a los planteamientos de Escobedo, Hernández, Estebané y Martínez (30).

DISCUSIÓN

En relación con los resultados presentados, se puede apreciar que la actividad física es un tópico bien valorado, pero poco llevado a la práctica, hecho que, para el caso, contrasta con lo reportado por Mantilla-Tolosa, Gómez-Conesa e Hidalgo-Montesino (31); esto puede deberse a factores como la falta de tiempo, de escenarios disponibles, y de incentivos sociales (32). De igual manera, se observan altos puntajes en las creencias y prácticas de autocuidado en salud, evento que valdría la pena reforzar a partir del replanteamiento de creencias disfuncionales subyacentes a las prácticas de riesgo (22).

Al comparar la población por sexo, no se encuentran diferencias en la práctica de actividad física; sin embargo, hay diferencias significativas en la práctica de recreación y tiempo libre, así como de sueño, aspectos que pueden

deberse a que los hombres pueden designar más tiempo al ocio y a dormir en comparación con las mujeres (33). Adicionalmente, tampoco se encuentran diferencias significativas en el consumo de SPA, situación no menor teniendo en cuenta que, por ejemplo, habría en la actualidad un consumo de drogas similar en hombres y mujeres, aspecto que sin duda amerita ser revisado (6).

El estilo dirigido al problema se presenta en altos niveles sin distinciones por edad o sexo, lo que significa que la mayoría de los participantes definen correctamente los problemas cotidianos que les aquejan, y orientan eficazmente sus esfuerzos cognitivos y conductuales a las causas de las situaciones estresantes, haciéndolos en principio menos vulnerables a trastornos del estado de ánimo, y a enfermedades psicosomáticas (34). Esto contrasta con los niveles medios de evitación, indicador de que algunos sujetos consideran afrontar sus problemas basados en sus reacciones emocionales (3), lo que puede convertirse en un serio factor de riesgo para situaciones como el TCA (5,19), o el consumo de SPA (7,21).

Así, en cuanto a los estilos de afrontamiento evidenciados se puede concluir que: a) es necesario reconocer en posteriores investigaciones los diferentes eventos estresantes de los estudiantes para poder hacer comparaciones más precisas entre los estilos de afrontamiento utilizados y su relación explícita con conductas saludables; b) la aplicación de determinados estilos no depende únicamente de las disposiciones de carácter individual, sino también de las posibilidades que otorgue el contexto familiar y sociocultural en el que las personas crecen y aprenden; y c) el afrontamiento efectivo se relacionan mejor con la alternativa más viable para determinada situación, y con la flexibilidad suficiente para poder implementar el estilo más adecuado en una circunstancia establecida que garantice una adaptación efectiva (2,3).

La autoeficacia reportada por los sujetos fue alta, lo que induce a pensar que existe una adecuada relación entre la motivación y el control efectivo de la conducta, que a su vez incide en la identificación de oportunidades concretas para crear estilos de vida saludables (17). De igual forma, al discriminar cada uno de los factores de la salud mental positiva, se encuentra que los índices de satisfacción general son altos, lo cual es coherente con la literatura, dado que se ha reportado con esta población mayores índices de satisfacción con la vida, actitud pro-social y mayor potencial de adaptación general (13).

Al manifestar altos niveles de autocontrol, los participantes de la muestra probablemente ajustan sus reacciones emocionales de manera adecuada ante situaciones conflictivas, y en relación con ello, presentarían menor somatización y mayor disposición a prácticas saludables

(10). De igual forma, unos niveles de autonomía como los obtenidos indican que dichos sujetos son capaces de tomar decisiones apropiadas, aspecto imprescindible para el modelado de conductas adaptativas (15).

Se encuentran indicadores apropiados en resolución de problemas-actualización, que se relacionan con la posibilidad de realizar complejos razonamientos en función de la proyección hacia un futuro saludable (16). No obstante, también se encuentran diferencias significativas en la comparación por grupos de edad, lo cual probablemente se relacione con una tendencia más alta de los adultos a solucionar problemas y a actualizarse continuamente, así como a abordar de mejor manera situaciones como diagnósticos no favorables en salud (12). Asimismo, en cuanto a las habilidades sociales, se puede decir que la muestra abordada presenta alta disposición para ajustarse a diferentes contextos, elemento clave en la potenciación de prácticas saludables (17).

Se evidencia que la capacidad de solución de problemas y actualización, así como las habilidades sociales, son las variables psicológicas que más correlacionan con las prácticas y creencias saludables; no obstante, la actitud prosocial correlaciona de manera positiva con el autocuidado médico, no consumo de drogas, las creencias hacia la actividad física y uso del tiempo libre.

Por su parte, la correlación observada entre el autocontrol y el autocuidado sugiere fomentar el entrenamiento del autocontrol como uno de los factores más importantes de los programas de prevención en salud para la reducción del riesgo de contraer enfermedades crónicas (35), y de la tendencia a la experimentación con drogas (23).

La solución de problemas-actualización se relaciona con el autocuidado, las creencias hacia la actividad física, y el manejo del tiempo libre, aspecto que puede asociarse con bienestar subjetivo, afrontamiento efectivo, bajos niveles de estrés psicosocial y pocas quejas somáticas (35). De igual manera, las habilidades sociales se relacionan con el autocuidado, la abstinencia a las drogas, y las creencias hacia el uso adecuado del tiempo libre, permitiendo que los sujetos de la muestra eviten situaciones como el consumo de SPA, la automedicación, o conductas que suponen riesgo vital o de lesiones incapacitantes (36).

Salvo la práctica de deporte, de uso de tiempo libre y de alimentación saludable, la salud mental positiva correlacionó con las demás prácticas y creencias saludables medidas; esto puede asociarse con la posibilidad de promover la formación de factores resilientes para contener efectivamente el impacto negativo del estrés, y por esa vía, contribuir al establecimiento de hábitos benéficos para las personas (1). No se encontró una relación consistente entre la autoeficacia y la práctica de actividad física.

También se registró una correlación coherente con la evidencia entre el afrontamiento dirigido al problema y el autocuidado en salud (37), lo cual se refleja, por ejemplo, en la baja frecuencia de consumo de SPA (38). Por su parte, se manifiesta una importante correlación entre la búsqueda de soporte social con el autocuidado, aspecto que ha sido relacionado con programas para la reducción del peso y cuidados médicos asociados, con la prevención de enfermedades coronarias, adicciones, cánceres, diabetes y psicopatologías (39). Así mismo, la evitación correlaciona negativamente con adecuadas prácticas alimenticias, en coherencia con los hallazgos de Raspapow (34), y con las creencias frente al consumo de SPA y el autocuidado, confirmando la evidencia empírica (38). Tanto las prácticas de actividad física-deporte y de higiene del sueño, así como de creencias hacia el sueño no correlacionan con ninguno de los factores psicológicos evaluados.

Por último, teniendo en cuenta los indicadores de ajuste, se acepta la hipótesis de trabajo, según la cual la interacción entre las creencias saludables y los factores psicológicos pueden predecir tanto la salud mental positiva como el estilo de vida saludable; se declara entonces que las personas que cuenten con las competencias para afrontar con eficiencia situaciones estresantes, con sentido colectivo, y que presenten altos índices de calidad de vida subjetiva, posiblemente manifiesten niveles altos de salud mental, que a su vez repercuten en su estado de salud somática por la vía de la adopción de prácticas saludables (40).

Un aspecto crítico del modelo es que, si bien la salud mental positiva explica en un 15% la presencia de los estilos de vida saludables, en el modelo estos últimos no explican en absoluto la presencia de indicadores óptimos de salud mental; en ese orden, es pertinente seguir indagando acerca de los mecanismos mediante los cuales un estilo de vida saludable podría contribuir a mejores índices de salud mental positiva (12). De igual manera, el modelo obtenido debe ser contrastado a futuro para someter su validez predictiva, su estabilidad y su ajuste, ampliando el alcance del modelo a otras poblaciones, e incluyendo constructos no medidos en la presente investigación, como pueden ser la motivación (30,41), y el optimismo disposicional (42). De igual manera, es pertinente en modelos posteriores la inclusión de biomarcadores, observación directa y reportes de terceros, que permitan explicaciones más consistentes.

Como recomendaciones generales, se aconseja que las propuestas derivadas de modelos como el aportado: a) contribuyan en el agenciamiento de una actitud científica autónoma dirigida al ejercicio de conductas saludables; b) establezcan y refuercen culturalmente las creencias saludables como potencializadoras del afrontamiento efectivo y de

hábitos adecuados; c) incrementen la motivación al logro, la autoeficacia percibida, el autorrefuerzo, la capacidad de postergación de las recompensas y el control de estímulos; d) fortalezcan las habilidades sociales, potenciando la resistencia a la presión de grupos que ejerzan comportamientos inapropiados; e) incrementen la capacidad de definición de problemas y de implementación de estrategias adecuadas para su resolución, y; f) se desarrollen bajo un marco metodológico que permita una medición objetiva del impacto en términos de costo-efectividad en salud (43).

Limitaciones del estudio

Se dispuso por las instituciones abordadas aplicar los instrumentos a los grupos disponibles en el momento, situación que afectó la homogeneidad de la muestra; por otra parte, la batería fue aplicada a algunos sujetos con dificultades en lecto-escritura (no esperadas en este tipo de población), por lo que no se descarta que dicha condición haya afectado sus resultados; además, algunas aplicaciones se realizaron en las últimas horas del día, por lo que se supondría que algunos participantes respondieron los instrumentos con cansancio acumulado de la jornada.

Por otra parte, a pesar que se procede con los preceptos éticos pertinentes para asegurar la confidencialidad y el anonimato de las personas, en pruebas de autoinforme como las aplicadas es posible que se sesguen algunas respuestas por el supuesto de deseabilidad social, y porque los sujetos apelan a recuerdos que pueden ser inexactos •

Agradecimientos: A las directivas de las Instituciones Educativas Fundación Universitaria Sanitas, Corporación Universitaria Iberoamericana, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Cooperativa de Colombia y Fundación Universitaria Los Libertadores por su inmensa colaboración e interés para el desarrollo de la investigación.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Wood A, Tarrier N. Positive Clinical Psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(7):819-29.
2. Skinner E, Zimmer-Gembeck J. The Development of Coping. *Annual Review Psychology.* 2007; 58:119-44.
3. Carver C, Connor-Smith J. Personality and Coping. *Annual Review of Psychology.* 2010; 61:679-704.
4. Suldo S, Shaunnessy E, Hardesty R. Relationship among stress, coping and mental health in high-achieving high school students. *Psychology in the Schools.* 2008; 45(4):273-290.
5. Pamies L, Quiles Y. Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema.* 2012; 24(2):230-35.
6. Gómez-Acosta C, Londoño C. (2013). Modelo predictor del consumo responsable de alcohol y del comportamiento no violento en adolescentes. *Health and Addictions Journal.* 2013; 13(1):23-34.

7. San Juan P, Pérez A, Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*. 2000; 12(2):509-13.
8. Salamanca A, Giraldo C. Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de salud. *Revista Vanguardia Psicológica*. 2012; 2(2):185-202.
9. Carpi A, González P, Zurriaga R, Marzo J, Buunk A. Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*. 2010; 9(2):423-32.
10. Lutgendorf S, Constanzo E. Psychoneuroimmunology and health psychology: an integrative model. *Brain, Behav and Immunity*. 2003; 17:225-232.
11. Flink I, Smeets E, Bergbom S, Peters M. Happy despite pain. Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandin J Pain*. 2015; 7:71-9.
12. Martínez P, Terrones A, Vásquez E, Hernández M. Reflexiones sobre el concepto de Salud Mental Positiva. *Enlaces Académicos*. 2009; 2(2):67-81.
13. Park N. The role of subjective well-being in positive youth development. *The annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2004; 591(1):25-39.
14. Londoño C. Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*. 2009; 12(1):95-107.
15. Weinstein S, Mermelstein R. Relations Between Daily Activities and Adolescent Mood: The Role of Autonomy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2007; 36(2):182-194.
16. Sánchez Y. La Solución de Problemas como campo de concurrencia de distintas teorías en Psicología. *Revista Colombiana de Psicología*. 2007; 16:147-62.
17. Flórez-Alarcón L. *Psicología Social de la Salud*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno; 2007.
18. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, conceptos y aportes al modelo. *Revista Fac Nal S Pub*. 2001; 19(1):91-101.
19. O'Haver J, Jacobson D, Kelly S, Mazurek B. (2015). Relationship among factors related to Body Mass Index, healthy lifestyle beliefs and behaviors, and mental health indicators for youth in a title 1 school. *J Pediatr Health Care*. 2015; 28(3):234-40.
20. Bruck D, Dolan C, Lack L. Beliefs about the "shape" and continuity of healthy sleep as a function of age. *J Psychosom Research*. 2015; 78: 39-44.
21. Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Col Méd*. 2003; 34(4):186-195.
22. Escobar M, Pico M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios. *Rev Fac Nal S Púb*. 2013; 31(2):178-86.
23. Pérez A, Scopetta O, Flórez-Alarcón L. Age at Onset of Alcohol Consumption and Risk of Problematic Alcohol and Psychoactive Substance Use in Adulthood in the General Population in Colombia. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*. 2011; 1(1):19-24.
24. Meldrum R, Restivo E. The behavioral and health consequences of sleep deprivation among U.S. high school students: relative deprivation matters. *Prevent Med*. 2014; 63:24-8.
25. Londoño C. Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*. 2009; 12(1):95-107.
26. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2010; 138:551-557.
27. Rueda C, Vélez-Botero, H. Características psicométricas de un cuestionario de afrontamiento. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 2010; 6 (2): 281-97.
28. Arrivillaga M, Salazar I, Gómez I. Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos. Documento de Trabajo. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2002.
29. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Multivariate Data Analysis*. New York: Prentice Hall; 2009.
30. Escobedo M, Hernández J, Estebané V, Martínez G. Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & Trabajo*. 2016; 18(55):16-22.
31. Mantilla-Tolosa S, Gómez-Conesa A, Hidalgo-Montesino M. Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en un grupo de estudiantes universitarios. *Rev. Salud Pública*. 2011; 13(5):748-58.
32. Varela M, Duarte C, Salazar I, Lema L, Tamayo J. Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Col Méd*. 2011; 42(3):269-77.
33. Lemp M, Behn V. Utilización del tiempo libre del área de salud de la institución educacional Santo Tomás, Talca. *Ciencia y Enfermería*. 2008; 16(1):53-62.
34. Rasapow K, Matheson K, Abizaid A, Anisman H. Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviours: the role of coping styles as mediators. *Appetite*. 2013; 62(1):143-9.
35. Miquelon P, Vallerand R. Goal motives, well-being, and physical health: an integrative model. *Canadian Psychology*. 2008; 49(3):241-9.
36. Muller R, Peter C, Cieza A, Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury – a systematic review of the literature. *Spinal Cord*. 2012; 50:90-106.
37. Bail V, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con Diabetes tipo II. *Rev Arg Salud Púb*. 2012; 3(10):15-23.
38. McConnell M, Memetovic J, Richardson C. Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*. 2014; 39:1394-97.
39. Gorin A, Powers T, Koestner R, Wing R, Raynor H. Autonomy support, self-regulation, and weight loss. *Health Psychology*. 2014; 33(4):332-339.
40. Ni C, Liu X, Hua Q, Lv A, Wang B, Yan Y. Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: a matched case-control study. *Nurse Education Today*. 2010; 30:338-43.
41. Ribeiro S, Ferreira R, Monte A, Alchieri J. Motivation and self-esteem in university students' adherence to physical activity. *Rev Salud Pública*. 2015; 17(5):677-88.
42. Fischer R, Chalmers A. Is optimism universal? A meta-analytical investigation of optimism levels across 22 nations. *Personality and Individual Differences*. 2008; 45(5):378-82.
43. Remor E, Amoros M. Efecto de un programa de intervención para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos sobre el estado de ánimo, optimismo, quejas de salud subjetivas y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. 2012; 15(2):75-85.